

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1950

THÈSE

275
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

B R U N E L Jean-Loïc Marie

né le 6 Janvier 1924 à PARIS XIV°

Présentée et soutenue publiquement le : 1950

DE L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU INDIGÈNE MAROCAIN

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : B R U N E L

Prénoms : Jean-Loïc Marie

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

BRUNEL Jean-Loïc Marie
De l'accouchement en milieu
indigène Marocain.
Paris Dact. In 4° 34 pages
Thèse Médicale Paris 1950
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

2

BRUNEL Jean-Loïc Marie
De l'accouchement en milieu
indigène Marocain.
Paris Dact. In 4° 34 pages
Thèse Médicale Paris 1950
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

3

BRUNEL Jean-Loïc Marie
De l'accouchement en milieu
indigène Marocain.
Paris Dact. In 4° 34 pages
Thèse Médicale Paris 1950
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

BRUNEL Jean-Loïc Marie
De l'accouchement en milieu
indigène Marocain.
Paris Dact. In 4° 34 pages
Thèse Médicale Paris 1950
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959



DOYENS HONORAIRES

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOIN, BRINDEAU, E. BRUMPT, CARNOT, CHAVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, HEITZ-BOYER, LACHNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOOPER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN ... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR ... Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	OLIVIER (E.)
Anatomie Payhologique	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie Médicale	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
	{ BROCC (P.)
Clinique chirurgicale	{ CADENAT (F.M.)
	{ MONDOR (H.)
	{ QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique.....	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T.)
	{ BENARD (H.)
Clinique médicale	{ LA ROCHE (G.)
	{ HARVIER (P.)
	{ LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY
	PADOT (L.)

Clinique de Neuro-Chirurgie.....	{ PETIT DUTAILLIS (D.)
	{ LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales	{ LEVY SOLAL (E.)
	{ PORTES (L.)
Clinique ophtamologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimen- taires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la tuberculose	BERBARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPI (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANCON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	de GAUDART
	d'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	de GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Rhumatologie	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

BULLIARD (Histologie),
CORDIER (Anatomie), DOGNON (Physique médicale), HALPHEN (O.R.L.)
JAYLE M (Chimie médicale), Mlle LEVY J. (Pharmacologie).

II. - AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie....	{ DELMAS	Histologie	{ COUJARD
	{ N...		{ DESCLAUX
	{ N. ff DEBEYRE	Hydrologie	DEBRAY
Anatomie	{ DELARUE	Hygiène	{ BOYER
pathologique	{ Mlle GAUTHIER--		{ DEPARIS
	VILLARS	Médecine légale	DEROBERT

Bactériologie	{ BONNET FASQUELLE	Neurochirurgie	PUECH de SEZE
Biochimie mé- dicale	{ ETTORI SCHAPIRA	Neurologie	{ DIGONNET MAYER
Dermato-syphi- ligraphie	{ DEGOS	Obstétrique	{ SURREAU VARANGOT
Ophtalmologie ..			OFFRET
Oto-rhino-laryngologie ..			AUBIN
Parasitologie ..			BRUMPT, L.C.
Pathologie chirurgicale ..			{ FEVRE HUGUIER LEGER
			{ PADOVANI PATEL
Pathologie chirurgicale ..			{ ROUX RUDLER SICARD N.
Pathologie expérimentale ..			MERKLEN
			{ BROUET CACHERA DECOURT DREYFUS (Gilbert) FAUVERT GARCIN
Pathologie médicale ..			{ HAMBURGER KOURILSKY LAMY LENEGRE MARCHAL MAURIC SOULIE
Pédiatrie ..			{ LAPLANE MARIE (Julien)
Pharmacologie ..			{ CHEYMOL
Physiologie ..			{ BARGETON PARROT
Physique médicale ..			DJOURNO
Psychiatrie ..			BARUK
Thérapeutique Agr.ch.d'ens. ..			BROUET
Urologie ..			COUVELAIRE, (R)

III. - PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (clinique chirurgicale), HUGUENIN (anatomie pathologique), LE LORIER (obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547113_0030

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	{ AMELINE FUNCK-BRENTANO MENEGAUX
Clinique médicale	BOULIN
Clinique médicale	{ HAGUENEAU MOUQUIN
Clinique obstétricale	{ ECALLE LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL J.
Secrétaire-Adjoint	Mlle CHAINTREUIL
Bibliothécaire en Chef	Docteur A. HAHN
Bibliothécaires	Melles DUMAITRE GOICHON LAURENT

Par décret en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

qui voudra bien trouver ici un faible témoignage de mon respect et de ma reconnaissance envers son abnégation qui permit mes études.

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

A MA FEMME

avec l'assurance de mon amour au début de notre union et de ma carrière.

A MES COUSINES DUCHAMP ET RODANGE

mes remerciements pour leur affection, et mes voeux de la voir continuer malgré les distances.

A MON AMI André JAQUET

et son amitié fraternelle.

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A notre Président de thèse

Monsieur le Docteur LEVY-SOLAL

Professeur de la clinique obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris.

Médecin accoucheur de la clinique Baudelocque
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

Au Docteur DESPLAS

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien Chef de la Maison de Santé des

Gardiens de la Paix

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui verra ici ma reconnaissance pour son
enseignement et ses précieux conseils.

Aux Docteurs CHEVALLIER, NEYRAUD, LUBIN

ma gratitude pour la formation chirurgicale qu'ils
ont bien voulu me donner, et pour leur amitié bien-
veillante si souvent mise à l'épreuve.

Au Docteur CORNETTE de SAINT CYR

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Mes remerciements pour ses conseils professionnels
et pour sa cordialité envers un interne dépaysé.
En espérant que ce travail, dont il est l'inspirateur
ne le décevra pas trop.

Au Docteur FRANQUET

Chirurgien Chef de l'Hôpital Sidi-Saïd (Meknès)

En témoignage de mon admiration pour ses qualités
de chirurgien, pour son dévouement auprès de ses
malades et pour sa patience envers son Interne.

Au Docteur Suzanne LEVY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Gynécologue à la Maison de Santé des Gardiens de la Paix

Reconnaissance envers son enseignement et son amabilité.

I N T R O D U C T I O N.

L'arrivée dans un hôpital indigène créé pour une jeune étudiant parisien, un dépaysement profond à la vue de cette médecine nouvelle par les cas inconnus dans les services hospitaliers métropolitains. C'est cette nouveauté qui a suggéré ce travail. Il nous a semblé instructif de rassembler quelques observations, soit vues personnellement, soit rapportées par des médecins ayant pratiqué pendant de longues années la "médecine de bled".

Avant d'aborder la question obstétricale, qui offre le plus d'imprévu, il était nécessaire de faire une étude rapide du milieu indigène et de ses rapports avec la médecine européenne : c'est ce qui est présenté dans le premier chapitre.

Le second chapitre présente la description de l'accouchement tel qu'il est pratiqué en ville indigène ; les détails nous furent racontés par des matrones indigènes elles-mêmes,

et ne furent notés qu'après avoir été entendus à des sources différentes.

Enfin, nous étudierons les résultats de ces accouchements, tels qu'ils arrivent à l'hôpital.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici notre gratitude aux docteurs :

- Palaska, Médecin chef de la région de Meknès
- Cornette de Saint-Cyr, chirurgien consultant de l'Hôpital Sidi-Saïd.
- Franquet, chirurgien chef de l'hôpital Sidi-Saïd, qui nous ont dirigé de leurs conseils, bienveillants et de leur expérience :

L'INDIGENE FACE AU MEDECIN

Le Docteur Leprêtre, dans un article du Maroc Médical consacré au traitement de la syphilis dans le milieu marocain, nous introduit de plain-pied dans l'atmosphère d'une "consultation de bled" :

"Le médecin examine alors son malade, qui docilement s'exécute, s'agit-il d'un chancre induré, d'un chancre mou ? Le diagnostic exact est souvent difficile sans le secours du laboratoire, car le patient a déjà consulté plusieurs épiciers ambulants qui portent le nom de ât'tar, quelque tobid exerçant sur les souks, au fond d'une guitoune, entouré de peaux de panthères, de talisman et de poudres mirifiques. Il va de soi qu'il n'a pas manqué d'interroger les femmes de son entourage.

Il est résulté de toutes ces consultations, l'application de pommade noire à base de goudron, très adhésive, solide cache-misère du nom de "batouka" qui dans les vocabulaires est traduit par "ordure, saleté". Il a pu se faire

aussi que le chancre ait reçu quelques applications de vitriol bleu. Enfin la salive d'un marabout se transmettant les effluves de sa baraka (bénédiction) est bien souvent venue compléter un traitement pour le moins intempestif, qui aura favorisé une magnifique éclosion de fibre microbienne associée.

"..... Il est enfin toute une catégorie de malades, et ce n'est pas la moindre qui, jugeant le médecin comme un simple employé du Makhzen (gouvernement), payé pour une fonction bien précise, tel un receveur des Postes, trouvent absolument inutile de lui donner quelques explications sur leur cas. Ils se présentent en disant simplement : Bghit al-ibra, (je veux une piqûre) et, si le médecin manifeste la curiosité d'en connaître la raison, ils répondent : Bghit al-ibra ou khlaç (je veux une piqûre, et c'est tout). Ici, comme dans le cas précédent, en admettant que le médecin soit d'une patience évangélique (et ils le sont toujours), que doit-il faire s'il a à coeur, à la fois de faire oeuvre thérapeutique utile, basée sur un diagnostic ferme, et de ne pas blesser son malade. S'il s'agit d'un homme, il peut évidemment exiger l'examen préalable, et il est exceptionnel qu'il s'y refuse. Quant à la femme musulmane immobile, réticents, curieuse certes de ce qu'elle voit et de ce qu'elle entend, mais attentive à demeurer inex-

pressive, vous ne voyez d'elle que ses yeux fixés sur vous. Son mari l'accompagne ; lui demandez-vous de passer sur la table d'examen ? C'est là s'exposer à un refus, et il est toujours pénible de voir son propre zèle méconnu. Se résignera-t-on à lui faire une piqûre à l'aveugle "pour lui faire plaisir", pour ne pas qu'elle s'en aille mécontente, disant partout que le médecin lui a refusé ses soins ?".

Ces scènes de consultations, décrites avec une certaine bonhomie, laissent entrevoir les difficultés d'une action médicale au sein de populations si diverses et si différentes de nous.

La traversée d'une grande ville marocaine fait apparaître immédiatement un anachronisme frappant entre les deux mondes juxtaposés : d'une part la ville européenne, moderne, bâtie en vingt ou vingt cinq ans, et d'autre part la ville indigène, sans âge, conservant tous les caractères d'une époque médiévale notamment l'insalubrité.

Le même contraste s'observe partout :

- sur la route, l'automobile croise l'éternel bourricot conduit par un indigène en guenilles.
- dans les champs, le tracteur agricole côtoie la silhouette archaïque d'une charrue de bois, tirée par un chameau attelé avec un âne, ou un boeuf.

- dans la vie courante, le billet de banque mêlé aux pièces de monnaie chériffienne, frappées au millésime "1365".

La pluralité linguistique n'est pas faite pour améliorer les relations :

- la langue la plus couramment utilisée est un dialecte arabe marocain, amenée par les immigrants arabes.
- la langue arabe littéraire, comprise des seuls lettrés.
- La langue berbère, ou chleuhs, parlée par la majorité ethnique du pays, cette langue constitue un groupe phonétique complètement différent de l'arabe, dont l'origine est l'objet de nombreuses hypothèses. Le berbère se subdivise en trois dialectes principaux :
 - trachelheit parlé dans le sud Marocain
 - tamazirt parlé dans le Maroc central
 - Zenatiya dans le Maroc oriental -

Ces trois dialectes présentent, au surplus, des variantes d'une tribu à l'autre.

Encore plus frappante est la différence de mentalité : toute la société marocaine est régie par la religion islamique, c'est elle qui dicte la conduite de l'individu dans

chaque cas particulier et dans ses moindres détails.

C'est elle qui nous oppose le plus aux malades que nous voulons soigner, en changeant jusqu'aux notions les plus familières.

Enfin, n'oublions pas que cette société est encore, en grande partie, restée au stade féodal, les esprits sont encore imbus de superstitions et de magie, soit hostiles à tout ce qui est européen, soit au contraire, convaincus de l'efficacité miraculeuse des drogues, ou de certaines pratiques médicales. Témoin cet ouvrier agricole indigène, amené pour une fracture ouverte de jambe, qui demandait, sitôt la radiographie terminée, s'il pouvait se relever et reprendre son travail.

Les moeurs également sont un obstacle à une action médicale suivie ; la femme arabe sort peu, et les difficultés d'examen sont alors poussées au maximum.

"Ordonne aux femmes de baisser les yeux, de conserver leur pureté, et de ne montrer de leur corps que ce qui doit paraître... qu'elles n'agitent point les pieds de manière à laisser apercevoir des charmes qui doivent être voilés..."

(Koran chapitre XXIV verset 31) -

La visite au médecin étant, malgré tout une raison valable de sortie, la femme arabe de bonne famille saisit bien souvent ce prétexte pour se promener. A elle de légitimer cette sortie en montrant le remède octroyé par le "tobib". La consultation se passe alors à chercher avec des rires étouffés, de quelle affection bénigne elle pourra se plaindre tout haut, avec un accent pitoyable.

La sujétion de la mauresque à son mari ou à sa famille ne tient aucun compte de l'urgence :

- une femme fut transportée, une après-midi, ayant reçu un violent traumatisme au flanc gauche. Devant une hématurie et une accélération progressive du pouls, il lui fut proposé de rester en observation, en la prévenant de la possibilité d'une intervention.

Ne voulant rien décider sans le consentement de son mari, ce dernier fut prévenu, et arriva dans la soirée sans attendre aucune explication il emmena sa femme, pour la ramener trois jours plus tard dans un état alarmant d'anémie. Là encore, il refusé toute intervention, voulant seulement un médicament.

Ce qui se passe pour la pratique médicale courante, se retrouve, amplifié peut être, pour les accouchements.

Accoucher à l'hôpital est considéré comme dégradant, tout juste bon pour les filles mères, et le transfert n'est décidé que lorsque la situation semble sans issue.

En outre, bien que tout indigène puisse venir se faire soigner gratuitement et que tous les médicaments soient distribués aux externes gratuitement également, il court en ville indigène quantité d'histoires sur les atrocités commises à l'hôpital et sur la nécessité de verser des sommes considérables tant aux mains des infirmiers indigènes, qu'aux mains des médecins eux-mêmes. Ce procédé est, du reste, tout naturel pour un marocain, l'administration indigène, à tous ses échelons, l'ayant accoutumé au régime du "fabor" (pourboire), bien décidé, d'ailleurs, à en profiter lui-même à la première occasion.

La légende des mauvais traitements voire des assassinats, perpétrés dans les hôpitaux du "Makhzen" (gouvernement) est due en partie au fait que les malades n'y viennent bien souvent qu'une fois hors des ressources de la thérapeutique.

La médecine occidentale se heurte d'un ordre de difficultés inhérent à la mentalité indigène proprement dite, et qui oblige à une critique des observations recueillies.

Chaque indigène hospitalisé est l'objet d'un dossier, comprenant tous les renseignements sur l'affection qu'il

présente et son traitement, de même, s'il est suivi à titre externe, il reçoit une carte de traitement. Malheureusement, le manque d'état civil, joint à la défiance instinctive du malade, fait que ce dernier donne fréquemment un faux nom, puis l'oublie et en change d'une année à l'autre, voire d'une consultation à l'autre. Donne-t-il son vrai nom, la situation n'est guère améliorée lorsqu'il s'agit de retrouver un ancien dossier : l'absence de nom de famille restreint les combinaisons de prénoms formées en ajoutant le prénom du père lié par la particule ben ou bent, fils ou fille de ...

Ne comprenant pas la portée de leur geste, ils font fréquemment des échanges de cartes de traitement, ou des cumuls. Exemple cet homme porteur d'un chancre siphylitique, en traitement à la consultation externe de l'hôpital. Ayant perdu connaissance à la suite d'une injection de novarsénobenzol, on trouve sur lui deux autres cartes de traitement, délivrées par les deux dispensaires de la ville indigène. Désireux de guérir plus rapidement, il avait reçu, le même jour, les doses suivantes de novarsénobenzol :

0,75

0,90

0,90

non sans avoir, au préalable, absorbé une solide collation.

On comprend aisément une défaillance, qui n'eut d'ailleurs aucune suite fâcheuse.

Le premier temps de l'examen médical, l'interrogatoire se heurte à des difficultés, parfois insurmontables. Le médecin est obligé de passer le plus souvent par l'interprète, lequel ne saisit pas toujours des nuances, ou même ne comprend pas du tout le dialecte berbère employé par le ou la malade. Les symptômes qui amènent le malade à consulter sont vite connus, mais beaucoup de notions essentielles sont ignorées :

- l'âge du sujet est inconnu de celui-ci même approximativement
- l'idée de temps et de durée est perdue, ou dissimulée avec soin.
- les caractères et les intervalles menstruels sont ignorés, les retards ou avances ne peuvent être précisés.

Une malade venant consulter, porteuse d'une cicatrice ancienne de laparotomie, ne sait plus pourquoi on l'a opérée ; même une césarienne ne laisse aucun souvenir, bien que le but et le résultat de cette intervention puissent être facilement traduits en langue arabe vulgaire.

Cette faculté d'oubli des mauvais souvenirs a des conséquences particulièrement regrettables en obstétrique :

Une femme porteuse d'un vassin vicié, interdisant tout accouchement par les voies naturelles, et ayant déjà subi une opération césarienne, revint pour un second accouchement, après deux jours de travail ayant aboutit à la mort foetale.

Les nouvelles recommandations formulées à cette occasion, n'auront sûrement pas plus d'effets que les précédentes.

La parturiente et la qabla se retirent dans une pièce, ou dans la pièce, après l'avoir fait évacuer par l'élément masculin, ou s'être isolées par une tenture. La femme arabe accouche toute habillée seul le "sarouël" (pantalon) est ôté : tout se passe à l'abris des regards. La Qabla se recouvre même au moment de recevoir l'enfant, du "haïk" ou grand voile blanc, de la parturiente, et sectionne le cordon ombilical sous cet abris.

D'examens, point, naturellement, sauf pour certaines initiées, dont Labla Aïcha, qui peut déterminer le sexe de l'enfant, suivant la position occupée par le corps utérin :

- est-il, à droite, l'enfant sera un garçon
- à gauche, ce sera incontestablement une fille.

Pendant toute la période de travail la parturiente reste accroupie, ou se promène à son gré, de long en large. Dès l'apparition des douleurs d'expulsion, la Qabla entre en action, soit en faisant asseoir la femme sur un petit coussin dur, qui exerce une pesée sur la région anale, soit en la ceinturant par derrière, et en serrant fortement les bras noués sur l'abdomen.

A en juger par la carure de Lagla Aïcha cette dernière manoeuvre semble douée d'une certaine efficacité.

Enfin, au moment du dégagement, la parturiente reste accroupie, les jambes écartées, la Qabla s'assied entre ses jambes, et passe ses mains sous les vêtements pour recevoir l'enfant. Celui-ci une fois hors des voies génitales maternelles, la Qabla ligature le cordon ombilical du côté de l'enfant, le sectionne et pince avec les doigts le segment placentaire jusqu'à la délivrance.

Si cette dernière tarde trop, certaines matrones emploient un moyen fort simple, et souvent efficace, en faisant souffler l'accouchée dans le goulot d'une bouteille. Ce mécanisme est admis immédiatement, et s'avère moins compliqué qu'une explication pénible sur la manière de "pousser".

L'enfant sitôt né est remis à la famille pour être attaché solidement dans un chiffon servant de maillot. S'il ne crie pas immédiatement, il n'existe aucun moyen, même élémentaire de réanimation, hormis peut être le procédé qui consiste à relâcher un peu la striction du cordon ombilical, l'hémorragie qui en résulte étant réputée avoir le plus grand effet. Si la manoeuvre s'avère inefficace, l'enfant est remis au père, et enterré séance tenante.

Le rôle de la Qabla est donc des plus simples dans les accouchements eutociques mais que surviennent un inci-

dent ou un accident, son action se complique dangereusement. Si le travail se prolonge en dépit des efforts conjugués de la parturiente, de la matrone, et surtout de la Nature, le nombre de moyens mis en oeuvre dépend de l'imagination de la Qabla et varie suivant les contrées.

1 - Le plus courant, et le plus logique consiste à faire hisser au minaret le plus proche, un drapeau blanc, en dehors des heures de prières ; tous les croyants l'apercevant sont avertis qu'une femme est en train d'accoucher avec peine, et associent leurs prières à celles de la famille.

2 - Beaucoup plus discutables sont les autres moyens :

- expressions abdominales au moyen de meules de pierre
- frictions abdominales avec une herbe nommée par les arabes "l'herbe qui enivre les poissons" et : molène par les botanistes.
- Injection de mixtures variées : notamment d'une décoction dans l'huile de racines d'épine d'âne" (échinops)
- fumigations vulvaires suivant le double principe
 - d'une action spécifique du mélange employé
 - d'une action dilatatrice de la chaleur

Ce dernier principe est parfois appliqué de trop près, en dépit des protestations de l'intéressée, que l'on fait asseoir sur la "kannoun" ou fourreau à charbon de bois.

Le résultat habituel de ces diverses manoeuvres étant négatif, sinon désastreux l'accouchement traîne en longueur, et se termine par l'expulsion d'un fœtus macéré, laissant la mère dans un état d'épuisement physiologique impressionnant, porteuse de lésions considérables, génératrices d'infirmités, si la constitution de la femme lui permet de supporter le choc et l'infection inévitables.

Le dégagement se faisant rigoureusement seul, les déchirures périnéales sont légions : la cicatrisation spontanée est alors entravée par l'application de pommades indigènes, dont la moins mauvaise est constituée par du "Kohl", utilisée habituellement pour le maquillage. La-bla Aïcha voulut bien nous confier une recette personnelle, infaillible : elle prépare extemporanément une bouillie de tiques prélevées sur des animaux familiers, le tout étant lié par un oeuf.

Cet aperçu donne une idée des moyens dont disposent les matrones indigènes, sans spécifier les manoeuvres désespérées tentées par elles, et non avouées :

- tractions sur le cordon ombilical, pour venir à bout d'une rétention placentaire.
- tractions sur un membre foetal en cas de procidence, ou de présentation atypiques, en particulier présentation de l'épaule, et aboutissant à des dislocations complètes, voire à des arrachements, et occasionnant des attritions et plaies aux parties molles maternelles.

Malgré ces moyens horriblement primitifs, il est curieux de noter certains rudiments connus par la masse, tel, par exemple, ce dicton, que l'on peut traduire ainsi :

"le tombeau de l'accouchée reste ouvert pendant quarante jours".

S'il ne s'agissait d'un proverbe, sans portée pratique, on serait tenté de faire un rapprochement entre ce temps de quarante jours et la marge de sécurité classique lors des thromboses veineuses post-partum.

Parmi les coutumes islamiques, l'une d'elles mérite d'être rapportée, une observation récente venant apporter la preuve inattendue d'un fondement réel. La loi coranique autorise le mari à répudier sa femme, sans autre motif que sa propre volonté. Une seule interdiction :

"Attendez trois mois avant de répudier les femmes qui désespèrent d'avoir leurs mois, usez-en de même envers celles qui ne les ont point encore eus. Gardez celles qui sont enceintes, jusqu'à ce qu'elles aient mis leur fruit au jour. Dieu applanit les difficultés pour ceux qui le craignent."

(Qoran, chapitre LXV - verset 4)

"Les femmes répudiées laisseront écouler trois mois avant de se remarier. Elles ne pourront cacher qu'elles **sont** enceintes, si elles croient en Dieu et au jour du jugement. Il est plus équitable alors que le mari **les** reprenne, s'il désire une sincère réconciliation. Il faut que les femmes se comportent avec la décence convenable et que les maris aient sur elles la prééminence - Dieu est puissant et sage".

(Qoran, chapitre III - verset 228)

Le motif de répudiation étant bien souvent la stérilité, les mauresques ont la ressource de prétendre qu'elles sont enceintes d'un "raged" ou "Mhajer" (enfant endormi ou le dormeur).

Le fait est admis par le "cadi", devant l'impossibilité de faire la preuve du contraire. Cet **enfant** peut rester endormi des mois ou des années et se réveiller sous une

influence mystérieuse, ou ne jamais se réveiller et c'est bien souvent une explication honorable au phénomène redouté de la ménopause.

Cette tolérance, qui reflète la sagesse des législateurs musulmans devant la situation inférieure des femmes arabes, est accueillie avec un certain septicisme par les européens, en particulier par les médecins, souvent pris comme arbitre.

M. bent A. vient consulter le chirurgien de l'hôpital régional Sidi-Saïd (Meknès), au début du mois de février 1950, se disant enceinte de dix mois écoulés, et porteuse d'un "mhager". Devant cette affirmation, l'interrogatoire ne pouvait apporter d'autres renseignements qu'une aménorrhée en rapport.

L'examen montra un abdomen ressemblant à celui d'une grossesse à terme la moitié inférieure étant occupée par une masse :

arrondie

lisse

mate

très ferme

remontant à 30 cm. de la symphyse pubienne. L'auscultation de cette masse fut muette. La présense de ver-

geture et l'expression des seins ramenant une goutte de colostrum complètèrent cet examen.

Le toucher vaginal permettait de percevoir le pôle inférieur dans le cul de sac droit, semblant distinct de l'utérus. Le col utérin était un peu ramolli et augmenté de volume.

M. bent A. fut gardée en observation, avec le diagnostic probable de tumeur ovarienne.

Une réaction d'Asheim et Zondeck pratiquée trois jours plus tard se montre négative, assurant le diagnostic. Le principe de l'intervention acceptée par l'intéressée, celle-ci fut opérée le 21 février 1950.

Compte-rendu opératoire -

Docteur Franquet -

Anesthésie intra-veineuse au penthotal suivie d'éther oxygène -

Perfusion de sérum per-opératoire -

Laparotomie médiane sous-ombilicale

On tombe sur une vaste tumeur à point de départ ovarien droit, tumeur extrêmement adhérente aux anses intestinales, à l'épiploon, et au petit bassin. La ponction ramène un liquide brun et visqueux.

On pose alors le diagnostic de tumeur ovarienne en voie de dégénérescence et on commence la libération au doigt.

Au cours de celle-ci, la poche kystique fut crevée, donnant issue à un liquide brun : un pied de foetus fait irruption dans le champ opératoire, transformant le diagnostic en grossesse extra-utérine abdominale à terme.

L'oeuf est décollé facilement de la coque adhérentielle, sans hémorragie.

On tasse un sac de Mickulicz et trois mèches et on rétrécit la plaie en trois plans.

L'examen de la pièce montra :

- 1 - un foetus macéré du sexe féminin
normalement constitué
pesant 1,600 Kg
mesurant 43 cm.
- 2 - un placenta pesant 0,500 Kg
- 3 - des membranes amniotiques reconnaissables par endroits.

M. bent A eut des suites opératoires normales. Le Mickulicz fut retiré le 14ème jour et elle sortit guérie, le 25ème jour.

Pour cette femme, le diagnostic opératoire n'offrait aucun sujet d'étonnement, convaincue qu'elle était d'avoir un "mbajer". Pour nous, en dehors de l'intérêt propre de l'affection, ce diagnostic prouve la véracité de

ses dires. Il faut remarquer que cette femme était une secundipare, et, c'est fort de ce fait qu'elle affirmait être enceinte, ayant reconnu les mêmes symptômes.

La conclusion, pour les médecins marocains, est donc, non pas de faire une généralité de ce cas exceptionnel, mais bien d'abandonner le scepticisme systématique en pareil cas : peut-être pourrait-on retrouver un substratum anatomique à la base de quelques "mhajer", sinon de grossesse extra-utérine à terme, du moins cette notion, dont les antécédents, pourraient être d'un certain secours pour le diagnostic de lithopœdons.

Encore faudrait-il faire preuve de beaucoup de prudence, le "mhajer" étant une excuse bien complaisante envers certaines situations délicates, dont les mauresques ne sont nullement exclues.

L'EVACUATION A L'HOPITAL

S. bend Abd. arriva à l'hôpital Sidi Saïd vers 21 h., amenée par un colon, lequel avait appris par le mari que l'accouchement donnait des inquiétudes. Après de longues palabres, le mari et la femme avait été persuadés et transportés en voiture.

S. est priée de monter sur la table d'examen, puis on procède à l'interrogatoire.

Celui-ci est d'ailleurs des plus restreints : chaque question devant être répétée deux ou trois fois avant d'obtenir une réponse dont l'exactitude laisse fort à désirer - On se borne à demander le nombre d'accouchements antérieurs, si les "moutchou" sont encore vivants, la date de début du travail actuel, l'existence ou non d'incidents ou d'accidents au cours de la grossesse.

La notion de durée étant approximative, le début du travail se perd dans des détails brumeux : il est fixé

à quinze jours ! inutile de poursuivre l'interrogatoire il ne nous apprendrait rien de plus. Commençons l'examen. S. bent Acd. ne s'attendait visiblement pas à pareille aventure et l'interprète doit user de tous ses moyens de persuasion pour que l'on puisse apercevoir la région intéressée. Parfois la pudeur prend le dessus, et un refus catégorique, sur un air outragé, termine la discussion : fausse sortie de l'accoucheur, vraie sortie de la femme sont des éventualités fréquentes. S. est plus raisonnable, et l'examen sera possible, à condition de rabattre le "litham" pour voiler la face : l'honneur est sauf ! La palpation de l'abdomen nous montre :

- qu'il s'agit d'une grossesse à terme (l'idée de temps présente chez une Mauresque de telles lacunes, qu'il vaut mieux dans le cas présent, se référer aux menstruations).
- d'une présentation du sommet
- et d'un sommet engagé.

L'auscultation nous rassure sur l'état du fœtus.

C'est le toucher qui donnera la clef du mystère : il s'agit d'une poche des eaux particulièrement résistante, qui bombe dans le vagin. Dix minutes plus tard, une petite fille était là.

Ce triomphe de la médecine occidentale sur l'art des

"Qabla" a sûrement haussé de cent coudées la réputation de l'hôpital dans le bled originel de S. - Malheureusement pour toutes ses soeurs et pour les médecins, l'histoire n'est pas toujours aussi simple.

S. avait la chance d'habiter à proximité et d'être conduite en voiture. Ne sachant pas qu'elles peuvent faire appel à l'ambulance de la ville, beaucoup se décident à venir à pied, et font trente kilomètres, voire plus, avant d'arriver.

Les Berbères utilisent un mode de locomotion original : un brancard de fortune est réalisé et fixé en travers d'un mulet, la femme littéralement ligotée, et recouverte de tapis, couvertures, etc.. la tête dépassant parfois de cet amoncellement. Est-ce l'effet des secousses, ou la lenteur du parcours ? Il est difficile de le dire, mais bien souvent l'accouchement se produit en route.

Beaucoup plus alarmant est l'état des femmes porteuses de dystocies osseuses, si fréquentes :

- 1 - bassins rachitiques, résultat des conditions lamentables de vie de ces femmes.
- 2 - bassins coxalgiques ou cyphotiques, conséquences du lourd tribut payé par ces populations, surtout les rurales à la tuberculose osseuse.

- 3 - bassins ostéomalaciques, affection relativement fréquente au Maroc.
- 4 - Enfin, plus rares, mais non exceptionnels bassins de naines et d'achondroplases.
- 5 - En dehors de tout antécédent pathologique, il faut noter la grande fréquence des bassins infantiles, conséquence d'un facteur sociologique de première importance : la précocité du mariage chez les populations islamiques, une fillette, réglée, peut être mariée de ce fait, et on voit accoucher de jeunes femmes de douze, treize, quatorze ans.

Ces diverses causes de dystocies n'auraient aucun caractère particulier au Maroc, hormis leur fréquence, si les cas étaient vus et traités à temps. Mais la majorité de ces parturientes ne sont vues que tardivement, et après avoir subi des manoeuvres, dont le moins qu'on puisse en dire, est qu'elles sont intempestives.

C'est ainsi que l'hôpital Sidi Saïd a reçu en 1949, cinq femmes pour ruptures utérines, ayant accouché fœtus et placenta dans l'abdomen, et, ce, depuis :

- l'une dix huit heures environ
- l'autre vingt quatre heures
- la plus précoce arrivant au bout de six heures.

Devant l'état pitoyable de ces femmes, le principe de l'intervention est souvent discutable, et proposé à la famille sous toutes réserves : la réponse demande parfois des heures.

Sur ces cinq femmes, quatre furent opérées et trois moururent dans les jours qui suivirent l'hystérectomie. La cinquième, une naine, qui avait déjà subi une basiotripsie pour l'accouchement précédent, eut des suites opératoires normales malgré :

- l'impossibilité de lui faire garder une aspiration duodénale
- une absorption malencontreuse d'eau la nuit même de son intervention
- l'impossibilité de lui faire conserver un pansement, sans une surveillance constante.

Elle sortit de l'hôpital un mois après, emportant de son séjour un excellent souvenir ... sous la forme d'une paire de draps !

Moins heureuse fut l'histoire de I. bent D. hospitalisée le 28 janvier 1949. Cette femme primipare, d'une vingtaine d'années environ était en travail depuis au moins quatorze jours (date de la perte des eaux). A son arrivée, elle présentait :

- un syndrome occlusif, progressif, net depuis la veille

- un très mauvais état général

Au point de vue obstétrical :

- l'utérus était tétanisé

- au toucher la tête était accommodée au détroit inférieur, le toucher ultérieur devait montrer la cause de la dystocie : bassin limite

- l'enfant était mort

- un écoulement sanieux révélait une infection utérine.

Devant ce tableau, le chirurgien termina l'accouchement par une craniotomie et mit en oeuvre, dès la délivrance faite, un traitement anti-infectieux intense : une réhydratation massive, dont une transfusion sanguine, et une aspiration duodénale.

Décès au troisième jour -

Z. bent B. arriva à l'hôpital dans la soirée du 17 février 1950, venant de l'Oued Bett (situé à 25 Km de l'hôpital) ; elle avait dû effectuer le trajet à pied, et seule. Elle avait accouché quarante huit heures auparavant, après un travail pénible et long, mais la délivrance ne s'était pas produite, en dépit des tractions effectuées sur le cordon, qui avait été arraché.

Peut-être le trajet avait-il été salutaire, car le placenta était passé dans le vagin, et fut évacué sans au-

cune difficulté, avec un liquide putride. Un examen rapide révéla un sphacèle, en voie d'élimination de toute la filière génitale.

Après quelques jours de traitement, l'état général considérablement amélioré, il s'était constitué une vaste communication recto-vésico-vaginale, transformant le vagin en un véritable cloaque.

Z. bent D sortit, sur sa demande expresse, au neuvième jour, pour faire le même parcours, vraisemblablement encore à pied. Non revue depuis.

Dans le même ordre d'idées, le Docteur Palaska, Médecin chef de la région de Meknès, signale avoir vu, dans une infirmerie de bled, une femme présentant, à la suite d'un accouchement, une inversion utérine, avec issue du fond utérin à la vulve. En l'absence de formation chirurgicale à proximité, le Docteur Palaska se risqua à effectuer la réintégration pure et simple, qui assura la guérison de sa malade.

Le Docteur Comat rapporte, de Khemisset, l'observation d'une femme ayant accouché d'un enfant mort né, et qui était venue le consulter pour une brûlure infectée du deuxième degré, de toute la région anale et périnéale.

Cette brûlure était consécutive à une fumigation vul-

vaire, pratiquée par la Qabla du douar voisin, devant la lenteur du travail. Cette femme avait été assise au-dessus d'un kanoun allumé, et la fumigation poussée un peu loin.

La thérapeutique indigène avait été impuissante à guérir les plaies, et le traitement classique de ces brûlures mit près d'un mois pour obtenir des cicatrices rétractiles, faisant de cette femme une infirme.

L'infirmité est le lot de beaucoup de ces femmes. En effet, si leur constitution leur permet fréquemment de résister mieux que d'autres au choc, à l'infection et aux traitements incroyables auxquels elles sont soumises, elles en paient souvent la rançon sous forme de fistules vésico-vaginales post-partum ou vésico-recto-vaginales.

Par contre, malgré la multiparité presque générale, très peu de prolapsus utérins sont vus à la consultation, soit que les femmes, âgées notamment, s'en soucient peu, soit, et plus probablement que cette affection est rare chez ces populations marocaines.

Au terme d'une étude pessimiste sur les accouchements en milieu indigène, il est juste de remarquer une amélioration considérable dans ce domaine, depuis la création d'un service de maternité et de consultations prénatales.

En l'espace de deux ans, le nombre d'accouchements eutociques est passé de quelques unités à quinze par mois, en moyenne.

Ces chiffres sont faibles, très faibles, si l'on songe que ce seul service dessert une ville indigène évaluée de soixante à quatre vingt mille habitants, mais la nette et rapide progression laisse entrevoir la disparition, dans un avenir plus ou moins éloigné, des pratiques qui ont fait l'objet de cette étude.

C O N C L U S I O N S

I - Le médecin européen, en milieu indigène marocain, se heurte à des difficultés diverses, dues :

- au caractère primitif, et parfois infantin
- à la pluralité ethnique et linguistique
- aux moeurs musulmanes
- aux préjugés de ces populations -

II - Les accouchements sont pratiqués par des matrones indigènes :

- ne possédant aucune base, même élémentaire
- dont le rôle est :
 - ou nul
 - ou désastreux

Parmi les coutumes observées, l'une d'elles celle de l'"enfant endormi" a reçu la preuve d'un fondement réel, dans un cas exceptionnel de grossesse extra-utérine abdominale à terme.

III - L'hôpital indigène reçoit des cas d'accouchements dystociques, tels qu'on en voit rarement, dans les services hospitaliers métropolitains :

- dystocies vues au deuxième, troisième jour, et plus
- ruptures utérines
- délabrement des parties molles
- secondairement : fistules vésico-vaginales post-partum.

A noter : l'accueil favorable et l'essor des services de maternité dans les formations hospitalières réservées aux indigènes.

Vu, le Président de thèse
Professeur LEVY-SOLAL

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90